

Glöm inte bort arbetsmiljön i sjukskrivningsdebatten

Sjukskrivningsdebatten har alltför ensidigt kommit att handla om själva försäkringen och nästan inte alls om en mycket viktig faktor i alstrandet av och kvarhållandet i sjukskrivning, nämligen arbetsmiljön, skriver Töres Theorell.

När man följer dynamiken i arbetslivets förändringar under åren från 1980-talets slut till nu och ställer denna mot antalet personer som varit sjukskrivna blir arbetslivets betydelse uppenbar [1-3].

1990-talet innebar mycket stora omställningar i det svenska arbetslivet. Från de första åren på 1990-talet till början av 2000-talet skedde en tydlig ökning i arbetsintensiteten i det svenska arbetslivet. Detta kan man avläsa på många sätt i offentlig statistik. Det var för övrigt inte ett isolerat svenskt fenomen utan kunde enligt europeisk statistik avläsas i hela Europa. Arbetsintensiteten ökade dessutom för de flesta grupper i arbetslivet, för män och kvinnor och i såväl offentlig som privat verksamhet.

Från början av 2000-talet (omkring 2003) verkar det som om den här stegringen i arbetstakt har avtagit, och under senare delen av 2000-talet skedde inga stora förändringar. Det ska också påpekas att vi i Statistiska centralbyråns kartläggningar under 1970- och 80-talen inte heller såg några större förändringar i arbetsintensitet. Förutom att arbetstempot stegrades från början av 1990-talet och en bit in på 2000-talet rapporterades av vissa grupper även en tydlig försämring av möjlig-

heten att påverka arbetssituationen. Det gäller under åren från 1997 till början av 2000-talet.

Det som bekymrade oss alla i slutet av 1990-talet var ökningen av långtids-sjukfrånvaro. Denna iakttogs framför allt vad gäller kvinnor anställda i kommuner och landsting, alltså just de grupper som, i likhet med alla, andra upplevde en ökad arbetsintensitet men även den tydligaste försämringen i upplevda kontrollmöjligheter.

Sammanställningar från Försäkringskassans utredningsavdelning visade ett direkt samband mellan dessa arbetslivsförändringar och ökningen i långtidssjukfrånvaro – kombinationen av höga psykiska krav och små möjligheter att påverka arbetet bäddade för ökad långtidssjukfrånvaro.

Förändringarna i förekomsten av arbetsrelaterade psykiska besvär följer samma mönster, med en kraftig ökning, särskilt bland kvinnor, efter 1997. Kulmen nåddes 2003, varefter en minskning kan ses. I regeringens proposition om sjukfrånvaron [4] kan man också se att sjukfrånvaro upp till 6 månader

nådde sin topp i januari 2003 för att sedan uppvisa lägre värde i januari 2004. Sjuktalet, som är ett totalt (och grovt) mått på sjukfrånvaron, nådde sin topp 2002.

Försäkringskassans utredningsavdelning prognostiserade 2008 en fortsatt kraftig nedgång i såväl sjuktal som (med större fördröjning) förtidspensionering även utan införandet av rehabiliteringskedjan. Liknande prognoser hördes även från privata försäkringsbolag.

Vad som också var intressant i de redovisningar som Försäkringskassans utredningsavdelning gjorde under 2008 var att man visade att den koppling mellan arbetslöshetstal och sjuktal som man tidigare sett i svensk statistik (ökning av sjuktalet när arbetslösheten sjunker och tvärtom) hade försvunnit.

Förbättrade rehabiliteringsmöjligheter har bidragit till att minska långtids-sjukfrånvaron. Men det är inte den enda faktor som påverkat förloppet, sjunkande långtidssjukfrånvaro var på gång redan före den nya lagens införande, till och med innan Försäkringskassan införde den strängare tillämpningen av regelverket (juli 2004). En del av förklaringen kan ligga i demografiska förändringar, men en alternativ förklaring (som dock är svår att bevisa) kan vara ökade kunskaper i samhället om stress och psykosociala arbetsmiljöfaktorer.

Såväl anställda som chefer och läkare har under den här perioden lärt sig väldigt mycket mer om stress. Stressproblematiken exploderade under 1990-talet med stora organisatoriska omställningar särskilt i offentlig sektor (minskat behov av sjukhussängar på grund av förbättrad operationsteknik, övervakning och medicinering, privatisering, datorisering, ändrade organisatoriska modeller m m). Det gjorde att behovet av att lära sig stresshantering blev akut på både organisatorisk och individuell nivå, och vi fick massor av läromedel och kurser för att lära oss hantera problemet.

En hypotes kan alltså vara att den ökade kunskapen kan ha bidragit till de



Ett stort bekymmer under slutet av 1990-talet var den ökande långtidssjukfrånvaron, framför allt vad gäller kvinnor anställda i kommuner och landsting.



TÖRES THEORELL

professor emeritus vid Karolinska institutet, vetenskaplig rådgivare vid Stressforskningsinstitutet, Stockholms universitet

Tores.Theorell@stressforskning.su.se

»Ett arbetsliv som inte har plats för människor med begränsad arbetsförmåga alstrar rehabiliteringsfall och långtidssjukskrivningar.«

sjunkande sjuktalet från 2002 och framåt.

Att bortse från förändringarna i arbetsmiljön under 1990-talet som en viktig orsak till de ökade långtidssjukskrivningarna särskilt bland kvinnor anställda i kommuner och landsting måste anses vara ett stort misstag. Visst har en rad andra faktorer spelat in, såsom arbetsmarknad, incitament och demografiska förhållanden. Flera debattörer har framhållit de försämrade rehabiliterings- och anpassningsmöjligheterna under 1990-talet som en viktig faktor [5]. Det är säkert riktigt, men anpassning/rehabilitering å ena sidan och arbetsmiljö å andra sidan, kan inte betraktas som separata fenomen. Arbets-

platser med bra arbetsmiljö har oftast också en bra miljö för återanpassning med flexibla lösningar för anställda som har begränsningar i arbetsförmåga. Ett arbetsliv som inte har plats för människor med begränsad arbetsförmåga alstrar rehabiliteringsfall och långtidssjukskrivningar.

Här finns alltså en viktig faktor – arbetsmiljön – som kan ha haft stor betydelse både för ökningen av långtidssjukfrånvaro under 1990-talet och i minskningen av frånvaron på 2000-talet. Det är olyckligt att den faktorn inte uppmärksammas tillräckligt i debatten. Eftersom vi har ett starkt förändringsarbetsliv är det viktigt att vi hela tiden ser till att det finns en aktiv arbetsmiljöforskning, som dessutom samordnas i hela landet. Den uppgiften hade Arbetslivsinstitutet, men detta har ju lagts ned. Det innebär att Sverige – från att ha varit bäst i klassen – har sämre möjligheter att sköta den nationella arbetsmiljöforskningen på ett bra sätt än de flesta andra jämförbara län-

der, till exempel Danmark och Finland. Samtidigt finns det även i Sverige forskning [6-9] som pekar på att arbetsmiljön verkligen har stor betydelse för de anställdas hälsa, och även att förbättrad arbetsmiljö och förbättrat ledarskap ger bra effekter på de anställdas hälsa. Är inte det något att satsa på?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hälsa i arbetslivet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Folkhälsopolitisk Rapport 2010.
2. Theorell T. I spåren av 90-talet. Stockholm: Karolinska institute University Press; 2006.
3. Theorell T. Det svenska 1990-talet i ett stressmedicinskt perspektiv. Arbetsmarknad & Arbetsliv. 2009;15(4):43-56.
4. Socialdepartementet. En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete. Stockholm: Regeringen; 2008. Prop. 2007/08:136.
5. Johnson B. Kampen om sjukfrånvaron. Lund: Arkiv Förlag; 2010.

Läs mer Fullständig referenslista
Lakartidningen.se

apropå! Relationen mellan Försäkringskassan och läkarkåren

Nu får vi ta konsekvenserna



Sven Britton tog i LT 21/2011 (sidan 1198) upp relationen mellan läkarkåren och Försäkringskassan (FK). Utan att polemisera vill jag som försäkringsmedicinsk rådgivare göra en del klarlägganden. Jag representerar här inte FK.

Sveriges befolkning kan väl anses vara en av de friskaste i världen. Trots detta hade vi bland de högsta sjukskrivningstalen. Denna utveckling rullade på och sjukskrivningstalen ökade kontinuerligt. Försäkringskassorna, som för några år sedan sammanfördes till den statliga myndigheten Försäkringskassan, gick då i stort sett utslutande på vad sjukskrivande läkare föreslagit i sina intyg.

FK:s uppdrag är (och var) ju att bedöma om intygen styrker att arbetsförmåga föreligger till följd av sjukdom, först i förhållande till det aktuella arbetet, men senare även mot arbetsmarknaden i stort.

Då situationen höll på att gå över styr till följd av att varken FK eller läkarkåren kunde hantera den var det absolut nödvändigt att regelverket aktualiserades och i viss mån stramades upp. Dessa politiska beslut uttrycks i juridiska termer. Det har lett till att man i större utsträckning använder juridisk grund vid bedömningen.

FK är i grunden inte intresserad av att intyget bekräftar att personen är sjuk, vilket ofta räckte tidigare. Det är inte heller av något större värde att känna till den sociala situationen om den inte har betydelse för att förklara att sjukdom föreligger.

Därför har begreppet DFA-kedjan (diagnos, funktion, aktivitet) införts, där diagnosen leder till ett funktionshinder som i sin tur medför konsekvenser i vardagen. Det är då av avgörande betydelse att dessa konsekvenser beskrivs med stor tydlighet. Text räcker det inte med att

skriva »gångsvårigheter« utan det måste beskrivas hur långt personen kan gå, om hon kan gå med hjälp av rullator, kan gå i trappor etc.

Det finns också en tydlig målsättning från FK:s sida att ta vara på det friska och att ge personen en chans att trots sjukdom och arbetshinder hitta ett arbete som hon kan utföra åtminstone på deltid.

Eftersom besluten tas på juridisk grund är det personer med juridisk kompetens som handlägger ärendena. Man kan definitivt ha synpunkter på att handläggare utan klar medicinsk kompetens handlägger ärenden där medicinska frågor är avgörande, men detta är en resursfråga och FK är satt under hård ekonomisk press.

Detta har medfört mer arbete och frustration för sjukskrivande läkare. »Sjukvårdsmiljarden« är nog bara småpengar i sammanhanget,

men det är inte FK:s sak att agera i detta utan är en fråga mellan regering och landsting.

Det är viktigt att FK och läkarkåren kan samarbeta i dessa frågor. Vid den kassa jag representerar försöker vi nå ut i en dialog med sjukskrivande läkare klinikvis och vårdcentralvis. Oftast möts vi av intresse, ibland av totalt ointresse. Det finns också en tendens att behandlingsansvariga läkare på klinik hänvisar till att primärvården får sköta sjukskrivningarna.

Eftersom läkarkåren (tillsammans med FK) inte klarade eller till och med misskötte situationen tidigare får vi ta konsekvenserna nu.

Bo Zetterlund
leg läkare, specialist
i allmänmedicin; arbetar deltid
som försäkringsmedicinsk
rådgivare åt Försäkringskassan
bo.zetterlund@
forsakringskassan.se